

Under the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.

PTO/SB/82DE (07-09)

Approved for use through 11/30/2011. OMB 0651-0035

U.S. Patent and Trademark Office; U.S. DEPARTMENT OF COMMERCE

<b>VOLLMACHTSERTEILUNG ODER ZURÜCKZIEHUNG DER VOLLMACHTSERTEILUNG MIT NEUER VOLLMACHTSERTEILUNG UND ÄNDERUNG DER KORRESPONDENZADRESSE POWER OF ATTORNEY OR REVOCATION OF POWER OF ATTORNEY WITH A NEW POWER OF ATTORNEY AND CHANGE OF CORRESPONDENCE ADDRESS</b>	Application Number	10/588,590
	Filing Date	February 1, 2005
	First Named Inventor	STEPHEN ERNSTBERGER
	Attorney Docket Number	MRO204 A
	Art Unit	
	Examiner Name	
Title JOINING DEVICE FOR ACTUATING LEVER AND SUPPORTING ELEMENT OF A VALVE OPERATING MECHANISM		

Hiermit ziehe ich sämtliche im Rahmen der oben angegebenen Patentanmeldung früher erteilten Vollmachten zurück.  
I hereby revoke all previous powers of attorney given in the above-identified application.

Hiermit wird eine Vollmachtserklärung eingereicht.  
A Power of Attorney is submitted herewith.

**ODER OR**

Ich benenne hiermit den/die mit der folgenden Kundennummer zusammenhängenden Praktiker als  
meine(n)/unsere(n) Anwalt/Anwältin oder Agent(en) zur Weiterverfolgung der vorstehend  
identifizierten Anmeldung und zur Durchführung aller damit zusammenhängenden Geschäfte im US-  
Patent- und Markenamt  
I hereby appoint Practitioner(s) associated with the following Customer Number as my/our attorney(s)  
or agent(s) to prosecute the application identified above, and to transact all business in the United  
States Patent and Trademark Office connected therewith:

**ODER OR**

Ich benenne hiermit den/die nachstehend genannten Praktiker als meine(n)/unsere(n) Anwalt/Anwältin oder Agent(en) zur Weiterverfolgung der vorstehend  
identifizierten Anmeldung und zur Durchführung aller damit zusammenhängenden Geschäfte im US-Patent- und Markenamt  
I hereby appoint Practitioner(s) named below as my/our attorney(s) or agent(s) to prosecute the application identified above, and to transact all business in  
the United States Patent and Trademark Office connected therewith:

Name des/der Praktiker/s Practitioner(s) Name	Registrierungsnummer Registration Number
HORST M. KASPER	28,559
RICHARD T. LAUGHLIN	17,264

[Seite 1 von 2]  
[Page 1 of 2]

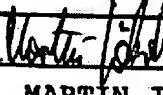
This collection of information is required by 37 CFR 1.31, 1.32 and 1.33. The information is required to obtain or retain a benefit by the public which is to file (and by the USPTO to process) an application. Confidentiality is governed by 35 U.S.C. 122 and 37 CFR 1.11 and 1.14. This collection is estimated to take 3 minutes to complete, including gathering, preparing, and submitting the completed application form to the USPTO. Time will vary depending upon the individual case. Any comments on the amount of time you require to complete this form and/or suggestions for reducing this burden, should be sent to the Chief Information Officer, U.S. Patent and Trademark Office, U.S. Department of Commerce, P.O. Box 1450, Alexandria, VA 22313-1450. DO NOT SEND FEES OR COMPLETED FORMS TO THIS ADDRESS. SEND TO: Commissioner for Patents, P.O. Box 1450, Alexandria, VA 22313-1450.

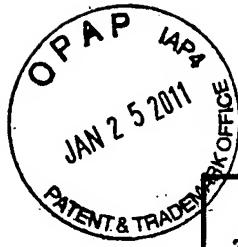
If you need assistance in completing the form, call 1-800-PTO-9199 and select option 2.

Under the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.  
Bitte achten Sie die Korrespondenzadresse für die oben angegebene Patentanmeldung zur Kenntnis oder ändern Sie sie in:  
Please recognize or change the correspondence address for the above-identified application to:

Die mit der oben angegebenen Kunden-Nummer verbundene Adresse:  
The address associated with the above-mentioned Customer Number.  
**ODER OR**

Die mit der Kunden-Nummer verbundene Adresse:  
The address associated with Customer Number.  
**ODER OR**

<input checked="" type="checkbox"/> Firma oder Personenname Firm or Individual Name	KASPER AND LAUGHLIN					
Adresse Address	13 Forest Drive					
Ort City	Warren	Bundesland State	NJ	PLZ Zip	07059	
Land Country	USA					
Telefon Telephone	908-526-6100	B-Mail Email	patentmail@aol.com			
Ich bin der: I am the:						
<input checked="" type="checkbox"/> Erfinder/Inventor. Applicant/Inventor. <b>ODER OR</b>						
<input type="checkbox"/> Im Patentregister eingetragene Rechtsnachfolger staatlicher Rechte und Anteile. Siehe 37 CFR 3.71. Liege gemäß 37 CFR 3.73(b) (Formular PTO/SB/96) wird hiermit vorgelegt oder eingereicht am _____. Assignee of record of the entire interest. See 37 CFR 3.71. Statement under 37 CFR 3.73(b) (Form PTO/SB/96) submitted herewith or filed on _____.						
<b>UNTERSCHRIFFT des Anwenders oder des im Patentregister eingetragenen Rechtsnachfolgers</b> SIGNATURE of Applicant or Assignee of Record						
Unterschrift Signature		Datum Date	20.11.2011			
Name Name	MARTIN JAKEL	Telefon Telephone	+49 9132 82-6130			
Titel/Position und Unternehmen Title and Company	Leiter Produktionsstruktur Hotel/Aritha Schaeffler Technologien GmbH u. Co. KG, Herzogenaurach					
<p><b>HINWEIS:</b> Es sind die Unterschriften aller Erfinder oder im Patentregister eingetragenen Rechtsnachfolger staatlicher Rechte und Anteile oder deren Vertreter erforderlich. Ist mehr als eine Unterschrift erforderlich, reichen Sie bitte für jede Unterschrift ein separates Formular ein; siehe unten*. <b>NOTE:</b> Signatures of all the inventors or assignees of record of the entire interest or their representative(s) are required. Submit multiple forms if more than one signature is required, see below*.</p>						
<input checked="" type="checkbox"/> *Insgesamt eingereichte Formulare _____. *Total of _____ forms are submitted.						



Under the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.

**VOLLMACHTSERTEILUNG  
ODER  
ZURÜCKZIEHUNG DER VOLLMACHTSERTEILUNG  
MIT NEUER VOLLMACHTSERTEILUNG  
UND  
ÄNDERUNG DER KORRESPONDENZADRESSE,  
POWER OF ATTORNEY  
OR  
REVOCATION OF POWER OF ATTORNEY WITH A NEW  
POWER OF ATTORNEY  
AND  
CHANGE OF CORRESPONDENCE ADDRESS**

Application Number	10/588,590
Filing Date	February 1, 2005
First Named Inventor	MARTIN JAKEL
Attorney Docket Number	MRO204
Art Unit	
Examiner Name	
Title	JOINING DEVICE FOR ACTUATING LEVER AND SUPPORTING ELEMENT OF A VALVE OPERATING MECHANISM

Hiermit ziehe ich sämtliche im Rahmen der oben angegebenen Patentanmeldung früher erteilten Vollmachten zurück.  
I hereby revoke all previous powers of attorney given in the above-identified application.

Hiermit wird eine Vollmachtserklärung eingesendet.  
A Power of Attorney is submitted herewith.

**ODER OR**

Ich bezeichne hiermit den/die mit der folgenden Kundennummer zusammenhängenden Praktiker als  
meine(n)/unsere(n) Anwalt/Anwälte oder Agent(en) zur Weiterverfolgung der vorstehend  
identifizierten Anmeldung und zur Durchführung aller damit zusammenhängenden Geschäfte im US-  
Patent- und Markenamt.  
I hereby appoint Practitioner(s) associated with the following Customer Number as my/our attorney(s)  
or agent(s) to prosecute the application identified above, and to transact all business in the United  
States Patent and Trademark Office connected therewith:

**ODER OR**

Ich benenne hiermit den/die nachstehend genannten Praktiker als meine(n)/unsere(n) Anwalt/Anwälte oder Agent(en) zur Weiterverfolgung der vorstehend  
identifizierten Anmeldung und zur Durchführung aller damit zusammenhängenden Geschäfte im US-Patent- und Markenamt.  
I hereby appoint Practitioner(s) named below as my/our attorney(s) or agent(s) to prosecute the application identified above, and to transact all business in  
the United States Patent and Trademark Office connected therewith:

Name des/der Praktiker/s Practitioner(s) Name	Registrierungsnummer Registration Number
HORST M. KASPER	28,559
RICHARD T. LAUGHLIN	17,264

[Seite 1 von 2]  
[Page 1 of 2]

This collection of information is required by 37 CFR 1.31, 1.32 and 1.33. The information is required to obtain or retain a benefit by the public which is to file (and by the USPTO to process) an application. Confidentiality is governed by 35 U.S.C. 122 and 37 CFR 1.11 and 1.14. This collection is estimated to take 3 minutes to complete, including gathering, preparing, and submitting the completed application form to the USPTO. Time will vary depending upon the individual case. Any comments on the amount of time you require to complete this form and/or suggestions for reducing this burden, should be sent to the Chief Information Officer, U.S. Patent and Trademark Office, U.S. Department of Commerce, P.O. Box 1450, Alexandria, VA 22313-1450. DO NOT SEND FEES OR COMPLETED FORMS TO THIS ADDRESS. SEND TO: Commissioner for Patents, P.O. Box 1450, Alexandria, VA 22313-1450.

If you need assistance in completing the form, call 1-800-PTO-9199 and select option 2.

Under the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.

Bitte nehmen Sie die Korrespondenzadresse für die oben angegebene Patentanmeldung zur Kenntnis oder ändern Sie sie in:  
Please recognize or change the correspondence address for the above-identified application to: Die mit der oben angegebenen Kunden-Nummer verbundene Adresse:  
The address associated with the above-mentioned Customer Number.  
**ODER OR** Die mit der Kunden-Nummer verbundene Adresse:  
The address associated with Customer Number.  
**ODER OR**

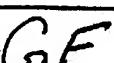
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Kanzlei oder Personenname Firm or Individual Name</b>	<b>KASPER AND LAUGHLIN</b>
--	----------------------------

<b>Adresse Address</b>	<b>13 Forest Drive</b>				
----------------------------	------------------------	--	--	--	--

<b>Ort City</b>	<b>Warren</b>	<b>Bundesland State</b>	<b>NJ</b>	<b>PLZ Zip</b>	<b>07059</b>
<b>Land Country</b>	<b>USA</b>				
<b>Telefon Telephone</b>	<b>908-526-6100</b>	<b>E-Mail Email</b>	<b>patentmail@aol.com</b>		

<b>Ich bin der: I am the:</b>
-----------------------------------

 **Anmelder/Erfinder,  
Applicant/Inventor,  
ODER OR** **Im Patentregister eingetragene Rechtsnachfolger sämtlicher Rechte und Anteile. Siehe 37 CFR 3.71.  
Assignee (under 37 CFR 3.73(b) (Formerly PTO/SB/96) wird hiermit vorgelegt oder eingerichtet am \_\_\_\_\_  
Assignee of record of the entire interest. See 37 CFR 3.71.  
Statement under 37 CFR 3.73(b) (Formerly PTO/SB/96) submitted herewith or filed on \_\_\_\_\_.****UNTERSCHRIFT des Anmelders oder des im Patentregister eingetragenen Rechtsnachfolgers  
SIGNATURE of Applicant or Assignee of Record**

<b>Unterschrift Signature</b>		<b>Datum Date</b>	<b>09.12.10</b>
<b>Name Name</b>	<b>MANFRED GÜNTHER</b>	<b>Telefon Telephone</b>	<b>03831/60220</b>
<b>Titel/Position und Unternehmen Title and Company</b>			

**HINWEIS:** Es sind die Unterschriften aller Erfinders oder im Patentregister eingetragenen Rechtsnachfolger sämtlicher Rechte und Anteile oder deren Vertreter erforderlich. Ist mehr als eine Unterschrift erforderlich, reichen Sie bitte für jede Unterschrift ein separates Formular ein; nicht mehr".  
**NOTE:** Signatures of all the inventors or assignees of record of the entire interest or their representative(s) are required. Submit multiple forms if more than one signature is required, see below".

 **\*Insgesamt eingerichtete Formulare \_\_\_\_\_  
\*Total of \_\_\_\_\_ forms are submitted.**



Under the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.

PTO/SB/82DE (07-09)

Approved for use through 11/30/2011. OMB 0651-0035

U.S. Patent and Trademark Office; U.S. DEPARTMENT OF COMMERCE

**VOLLMACHTSERTEILUNG  
ODER  
ZURÜCKZIEHUNG DER VOLLMACHTSERTEILUNG  
MIT NEUER VOLLMACHTSERTEILUNG  
UND  
ÄNDERUNG DER KORRESPONDENZADRESSE  
POWER OF ATTORNEY  
OR  
REVOCATION OF POWER OF ATTORNEY WITH A NEW  
POWER OF ATTORNEY  
AND  
CHANGE OF CORRESPONDENCE ADDRESS**

Application Number	10/588,590
Filing Date	February 1, 2005
First Named Inventor	MANFRED GÜNTHER
Attorney Docket Number	MRO204
Art Unit	
Examiner Name	
Title	JOINING DEVICE FOR ACTUATING LEVER AND SUPPORTING ELEMENT OF A VALVE OPERATING MECHANISM

Hiermit ziehe ich sämtliche im Rahmen der oben angegebenen Patentanmeldung früher erteilten Vollmachten zurück.  
I hereby revoke all previous powers of attorney given in the above-identified application.

Hiermit wird eine Vollmachtserklärung eingerichtet.  
A Power of Attorney is submitted herewith.

**ODER OR**

Ich benenne hiermit den/die mit der folgenden Kundennummer zusammenhängenden Praktiker als  
meine(n)/unsere(n) Anwalt/Anwälte oder Agent(en) zur Weiterverfolgung der vorstehend  
identifizierten Anmeldung und zur Durchführung aller damit zusammenhängenden Geschäfte im US-  
Patent- und Markenamt.  
I hereby appoint Practitioner(s) associated with the following Customer Number as my/our attorney(s)  
or agent(s) to prosecute the application identified above, and to transact all business in the United  
States Patent and Trademark Office connected therewith:

**ODER OR**

Ich benenne hiermit den/die nachstehend genannten Praktiker als meine(n)/unsere(n) Anwalt/Anwälte oder Agent(en) zur Weiterverfolgung der vorstehend  
identifizierten Anmeldung und zur Durchführung aller damit zusammenhängenden Geschäfte im US-Patent- und Markenamt:  
I hereby appoint Practitioner(s) named below as my/our attorney(s) or agent(s) to prosecute the application identified above, and to transact all business in  
the United States Patent and Trademark Office connected therewith:

Name des/der Praktiker/s Practitioner(s) Name	Registrierungsnummer Registration Number
HORST M. KASPER	28,559
RICHARD T. LAUGHLIN	17,264

[Seite 1 von 2]  
[Page 1 of 2]

This collection of information is required by 37 CFR 1.31, 1.32 and 1.83. The information is required to obtain or retain a benefit by the public which is to file (and by the USPTO to process) an application. Confidentiality is governed by 35 U.S.C. 122 and 37 CFR 1.11 and 1.14. This collection is estimated to take 3 minutes to complete, including gathering, preparing, and submitting the completed application form to the USPTO. Time will vary depending upon the individual case. Any comments on the amount of time you require to complete this form and/or suggestions for reducing this burden, should be sent to the Chief Information Officer, U.S. Patent and Trademark Office, U.S. Department of Commerce, P.O. Box 1450, Alexandria, VA 22313-1450. DO NOT SEND FEES OR COMPLETED FORMS TO THIS ADDRESS. SEND TO: Commissioner for Patents, P.O. Box 1450, Alexandria, VA 22313-1450.

If you need assistance in completing the form, call 1-800-PTO-9199 and select option 2.

Under the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.  
Bitte nehmen Sie die Korrespondenzadresse für die oben angegebene Patentanmeldung zur Kenntnis oder ändern Sie sie in:  
Please recognize or change the correspondence address for the above-identified application to:

die mit der oben angegebenen Kunden-Nummer verbundene Adresse:  
The address associated with the above-mentioned Customer Number.

**ODER OR**

die mit der Kunden-Nummer verbundene Adresse:  
The address associated with Customer Number.

**ODER OR**

<input checked="" type="checkbox"/> Kanzlei oder Personenname Firm or Individual Name	KASPER AND LAUGHLIN				
Adresse Address	13 Forest Drive				
Ort City	Warren	Bundesland State	NJ	PLZ Zip	07059
Land Country	USA				
Telefon Telephone	908-526-6100	E-Mail Email	patentmail@aol.com		

Ich bin der:  
I am the:

Anmelder/Erfinder  
Applicant/Inventor.

**ODER OR**

im Patentregister eingetragene Rechtsnachfolger sämtlicher Rechte und Anteile. Siehe 37 CFR 3.71.  
Angabe gemäß 37 CFR 3.73(b) (Formular PTO/SB/96) wird hiermit vorgelegt oder eingereicht am \_\_\_\_\_.  
Assignment of record of the entire interest. See 37 CFR 3.71.  
Statement under 37 CFR 3.73(b) (Form PTO/SB/96) submitted herewith or filed on \_\_\_\_\_.

UNTERSCHRIFT des Annehmers oder des im Patentregister eingetragenen Rechtsnachfolgers  
SIGNATURE of Applicant or Assignee of Record

Unterschrift Signature	<i>Wolfgang Franz-Holger</i>	Datum Date	05.10.10
Name Name	FRANZ-HOLGER WOITOWITZ	Telefon Telephone	0172/6639237

Titel/Position und Unternehmen Title and Company	extern, ehemals Werkleiter Lineartechnik Homburg		
--	--	--	--

**HINWEIS:** Es sind die Unterschriften aller Erfinder oder im Patentregister eingetragene Rechtsnachfolger sämtlicher Rechte und Anteile oder deren Vertreter erforderlich. Ist mehr als eine Unterschrift erforderlich, reichen Sie bitte für jede Unterschrift ein separates Formular ein (siehe unten).  
**NOTE:** Signatures of all the inventors or assignees of record of the entire interest or their representative(s) are required. Submit multiple forms if more than one signature is required, see below.

"Insgesamt eingereichte Formulare \_\_\_\_\_  
Total of \_\_\_\_\_ forms are submitted.



**VOLLMACHTSERTEILUNG**  
**ODER**  
**ZURÜCKZIEHUNG DER VOLLMACHTSERTEILUNG**  
**MIT NEUER VOLLMACHTSERTEILUNG**  
**UND**  
**ÄNDERUNG DER KORRESPONDENZADRESSE**  
**POWER OF ATTORNEY**  
**OR**  
**REVOCATION OF POWER OF ATTORNEY WITH A NEW**  
**POWER OF ATTORNEY**  
**AND**  
**CHANGE OF CORRESPONDENCE ADDRESS**

Application Number	10/588,590
Filing Date	February 1, 2005
First Named Inventor	FRANZ-HOLGER WOTOWITZ
Attorney Docket Number	MRO204
Art Unit	
Examiner Name	
Title	JOINING DEVICE FOR ACTUATING LEVER AND SUPPORTING ELEMENT OF A VALVE OPERATING MECHANISM

Hiermit ziehe ich sämtliche im Rahmen der oben angegebenen Patentanmeldung früher erteilten Vollmachten zurück.  
 I hereby revoke all previous powers of attorney given in the above-identified application.

Hiermit wird eine Vollmachtserklärung eingerichtet.  
 A Power of Attorney is submitted herewith.

**ODER OR**

Ich benenne hiermit den/die mit der folgenden Kundennummer zusammenhängenden Praktiker als meine(n)/unsere(n) Anwalt/Anwälte oder Agent(en) zur Weiterverfolgung der vorstehend identifizierten Anmeldung und zur Durchführung aller damit zusammenhängenden Geschäfte im US-Patent- und Markenamt.  
 I hereby appoint Practitioner(s) associated with the following Customer Number as my/our attorney(s) or agent(s) to prosecute the application identified above, and to transact all business in the United States Patent and Trademark Office connected therewith:

**ODER OR**

Ich benenne hiermit den/die nachstehend genannten Praktiker als meine(n)/unsere(n) Anwalt/Anwälte oder Agent(en) zur Weiterverfolgung der vorstehend identifizierten Anmeldung und zur Durchführung aller damit zusammenhängenden Geschäfte im US-Patent- und Markenamt:  
 I hereby appoint Practitioner(s) named below as my/our attorney(s) or agent(s) to prosecute the application identified above, and to transact all business in the United States Patent and Trademark Office connected therewith:

Name des/der Praktiker/s Practitioner(s) Name	Registrierungsnummer Registration Number
HORST M. KASPER	28,559
RICHARD T. LAUGHLIN	17,264

[Seite 1 von 2]  
 [Page 1 of 2]

This collection of information is required by 37 CFR 1.31, 1.32 and 1.33. The information is required to obtain or retain a benefit by the public which is to file (and by the USPTO to process) an application. Confidentiality is governed by 35 U.S.C. 122 and 37 CFR 1.11 and 1.14. This collection is estimated to take 3 minutes to complete, including gathering, preparing, and submitting the completed application form to the USPTO. Time will vary depending upon the individual case. Any comments on the amount of time you require to complete this form and/or suggestions for reducing this burden, should be sent to the Chief Information Officer, U.S. Patent and Trademark Office, U.S. Department of Commerce, P.O. Box 1450, Alexandria, VA 22313-1450. DO NOT SEND FEES OR COMPLETED FORMS TO THIS ADDRESS. SEND TO: Commissioner for Patents, P.O. Box 1450, Alexandria, VA 22313-1450.

If you need assistance in completing the form, call 1-800-PTO-9199 and select option 2.

Under the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.  
Bitte nehmen Sie die Korrespondenzadresse für die oben angegebene Patentanmeldung vor Kenntnis oder Forderung Sie sie für:  
Please recognize or change the correspondence address for the above-identified application to:

Die mit der oben angegebenen Kunden-Nummer verbundene Adresse:  
The address associated with the above-mentioned Customer Number.

**ODER OR**

Die mit der Kunden-Nummer verbundene Adresse:  
The address associated with Customer Number.

**ODER OR**

<input checked="" type="checkbox"/> Kunden oder Personenname Firm or Individual Name	KASPER AND LAUGHLIN				
Adresse Address	13 Forest Drive				
Ort City	Warren	Bundesland State	NJ	PLZ Zip	07059
Land Country	USA				
Telefon Telephone	908-526-6100	E-Mail Email	patentmal@aol.com		

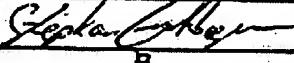
Ich bin der:  
I am the:

Anmelder/Erfinder,  
Applicant/Inventor.

**ODER OR**

Im Patentregister eingetragene Rechtnachfolger sämtlicher Rechte und Anteile. Siehe 37 CFR 3.71.  
Liegegegen 37 CFR 3.73(b) (Formular PTO/SB/96) wird hiermit vorgelegt oder eingereicht am \_\_\_\_\_.  
Assignee of record of the entire interest. See 37 CFR 3.71.  
Statement under 37 CFR 3.73(b) (Form PTO/SB/96) submitted herewith or filed on \_\_\_\_\_.

**UNTERSCHRIFFT des Anmelders oder des im Patentregister eingetragenen Rechtnachfolgers**  
SIGNATURE of Applicant or Assignee of Record

Unterschrift Signature		Datum Date	10.12.10
Name Name	STEPHEN ERNSTBERGER	Telefon Telephone	09231/12220
Title/Position und Unterschrift Title and Company			

**HINWEIS:** Es sind die Unterschriften aller Erfinder oder im Patentregister eingetragene Rechtnachfolger sämtlicher Rechte und Anteile oder deren Vertreter erforderlich. Ist mehr als eine Unterschrift erforderlich, reichen Sie bitte für jede Unterschrift ein separates Formular ein; siehe unten.  
**NOTE:** Signatures of all the inventors or assignees of record of the entire interest or their representative(s) are required. Submit multiple forms if more than one signature is required, see below.

Insgesamt eingereichte Formulare \_\_\_\_\_.  
Total of \_\_\_\_\_ forms are submitted.